LA

LEONTIASIS OSSEA

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN
FORGUE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et gynécologie.....	GRYNFELTT.
— — M. VALLOIS (ch. du cours).	
Thérapeutique et matière médicale.....	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE.
Clinique ophtamologique.....	TRUC.
Chimie médicale et pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Opérations et appareils.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	H. BERTIN-SANS.

DOYEN HONORAIRE : M. VIALLETON.
PROFESSEURS HONORAIRES : MM. JAUMES, PAULET (O. ✻), E. BERTIN-SANS (✻)
SECRÉTAIRE HONORAIRE : M. GOT.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements.....	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards...	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.....	L. JEANBRAU, agrégé.
Pathologie générale.....	RAYMOND, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. LECERCLE	MM. PUECH	MM. VIRES
BROUSSE	VALLOIS	L. IMBERT
RAUZIER	MOURET	VEDEL
MOITESSIER	GALAVIELLE	JEANBRAU
DE ROUVILLE	RAYMOND	POUJOL

M. IZARD, *secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE
MM. FORGUE, *président.*
ESTOR.
L. IMBERT.
JEANBRAU.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

N° 31

13

LA LEONTIASIS OSSEA

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

LE 27 FÉVRIER 1904

PAR

Bruno - Auguste GUIGUES

Né à Saint-Maximin (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE DUSSOL, MESSIET & JEANJEAN

14-16, Rue des Étuves, 14-16

1904

A MON ONCLE

LE DOCTEUR PIERRUGUES

Faible témoignage de reconnaissance.

A. GUIGUES

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON PERE

A. GUIGUES.

MEIS ET AMICIS

A. GUIGUES.

A MON PRÉSIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FORGUE

A. GUIGUES.

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion de voir, dans le service de M, le professeur Forgue, un jeune homme de 16 ans, atteint d'une affection rare : il portait deux saillies symétriques et de forme identique sur les apophyses montantes du maxillaire supérieur, ce qui donnait à sa physionomie un aspect bizarre. Au-dessus de ces deux saillies la peau était normale. La palpation permettait de reconnaître que ces deux saillies étaient d'une dureté osseuse et se continuaient nettement avec le maxillaire supérieur, l'unguis, le frontal et les os nasaux. Le diagnostic s'imposait d'exostose symétrique, et, comme il s'agissait d'un adolescent, on pensa qu'il s'agissait naturellement d'une exostose de croissance.

M. le professeur Forgue fit au ciseau et au maillet l'ablation de ces deux exostoses et reconnut qu'elles se continuaient profondément avec des masses de tissu osseux compact qui comblait la partie supérieure des fosses nasales. Il y avait donc ostéome des fosses nasales et exostose symétrique de

l'apophyse montante du maxillaire supérieur. Le malade sortit guéri quelque temps après du service.

Nous avons fait quelques recherches bibliographiques sur cette question et nous les avons rapportées dans ce modeste travail, dont on voudra bien excuser le défaut d'originalité à cause de la difficulté du sujet et des notions encore vagues que l'on possède sur la pathogénie de cette affection. Nous avons identifié notre cas à cette affection désignée sous le nom de *Leontiasis ossea*, parce que les hyperostoses diffuses qui la caractérisent débutent par les mâchoires, donnent au facies du malade un aspect léonin. Il nous paraît que notre observation ne peut guère se rapporter qu'à cette variété nosologique, qui comprend d'ailleurs encore, à l'heure actuelle, des hyperostoses de natures diverses au point de vue pathogénique, et presque toutes inconnues dans leurs causes. Cependant il semble bien que déjà le démembrement se fait dans le chapitre de la *Leontiasis ossea*, et nous avons trouvé, dans un ouvrage sur les maladies exotiques, la description d'une affection parasitaire des fosses nasales dont l'expression clinique ressemble beaucoup à notre cas. Il s'agit d'une maladie dite *Gondou*, due à l'introduction dans les narines d'un parasite qui pénètre sous la pituitaire, détermine une irritation du périoste qui a pour conséquence la formation d'une exostose qui arrive à combler les fosses nasales, empiète bientôt sur l'orbite, et vient soulever la peau de la racine du nez et du sillon naso-

génieu. Les photographies des malades atteints de maladie de Gondon ressemblent d'une manière frappante à celui que nous avons pu voir dans le service de M. le professeur Forgue.

Ce malade, mousse de son métier, avait quitté la France, et il se pourrait que son exostose pût reconnaître une cause parasitaire. Si nous signalons cette variété particulière d'exostose, c'est pour bien montrer que le groupe des Leontiasis ossea est un amalgame d'affections probablement très différentes dans leur nature, et pour nous justifier de n'avoir fait dans ce modeste travail qu'une simple revue générale dont les éléments sont empruntés aux travaux de Le Dentu, Poisson, Baumgarten et Millat.

Avant d'aborder notre sujet, nous considérons comme un devoir agréable d'exprimer à tous nos maîtres notre respect reconnaissant pour les leçons et les conseils que nous en avons reçus.

Nous remercions plus particulièrement M. le professeur Forgue, qui a bien voulu nous faire l'honneur de nous inspirer ce sujet et d'accepter la présidence de notre thèse. De son brillant enseignement nous garderons l'ineffaçable souvenir.

M. le professeur agrégé Jeanbrau nous a constamment soutenu de ses conseils ; qu'il reçoive l'expression de nos vifs remerciements.

LA

LEONTIASIS OSSEA

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La Leontiasis ossea est une déformation pathologique qui semble être connue depuis la plus haute antiquité. Les anciens, si l'on en croit Hérodote, avaient le crâne très dur. Gonzalus Oviedus, dans son *Histoire générale de l'Inde*, en parlant des habitants d'Hispaniola, nous rapporte que leur crâne avait une telle résistance qu'il émoussait le tranchant des glaives dont on leur portait des coups sur la tête, et que souvent même il les faisait voler en éclats. Alexander Cardamusta nous apprend la même chose des indigènes de l'île Saint-Thomas et des autres régions équatoriales. On attri-

buait généralement cette dureté particulière du crâne à la chaleur excessive de ces contrées, quand Angrinus Jonas décrivit un crâne exhumé des terres d'Islande, appartenant à un héros célèbre, Egillus Scalagrimus, si épais et si dur qu'on ne put le scier ni le rompre.

Il faut néanmoins arriver à Malpighi, pour trouver dans ses *Œuvres posthumes* une description complète d'une tête hyperostosée.

Quelques années plus tard, Vilelme Moehsen nous donne dans les *Ephémérides des curieux de la nature* une description et un bon dessin d'un frontal augmenté d'étendue suivant tous ses diamètres.

En 1789, Jadelot publie la description d'un crâne extraordinaire, découvert à Reims, sur la base duquel on ne trouve aucune trace des trous et des fentes qui s'y trouvent à l'état normal.

En 1823, Ribell publia l'observation du fils d'un médecin de Perpignan, nommé Forcade, mort à 45 ans, après de longues souffrances.

Otto, Bojanus, Howship rapportent différentes observations, mais il faut arriver à Virchow pour trouver un véritable travail sur les hyperostoses diffuses des os du crâne. Il établit un parallèle entre l'hypertrophie des os et l'éléphantiasis des parties molles, et conclut à la similitude des deux affections, au moins quant à la marche des phénomènes. « Ces hideuses formes morbides, dit-il, sont pour le squelette l'analogue de ce que la Leontiasis est pour les parties molles. Les dessins de ces pièces pathologiques, vus à une certaine distance, font l'effet d'une Leontiasis moulée au plâtre. Aussi j'hésite d'autant moins à leur appliquer le nom de Leontiasis ossea, que, d'après moi, le développement de la maladie répond exactement à ce que nous appelons éléphantiasis dans les parties molles. »

En 1849, Stanley signale également cette affection des maxillaires, et fait remarquer la lenteur du processus et trace le manuel opératoire qu'il a suivi.

Janes Paget consacre aussi quelques lignes aux hypertrophies diffuses du maxillaire supérieur et justiciables d'une intervention chirurgicale.

En 1866, le docteur Murchinson fait à la Société pathologique de Londres une communication relative à une hypertrophie de tous les os du crâne.

L'année suivante, Vrany relate une affection atteignant les deux maxillaires et qui avait débuté par l'inférieur.

Dans leur remarquable monographie sur la pathologie des maxillaires, du *Dictionnaire encyclopédique*, MM. Guyon et Monod, s'appuyant sur les deux observations précédentes, tracent la marche de la maladie, ses lésions caractéristiques, étudient le rôle du périoste et donnent les différents moyens employés pour la combattre.

En 1789, au Congrès international d'Amsterdam, M. le professeur Le Dentu communique un intéressant mémoire paru dans la *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*. Ayant vu et soigné dans son service de l'hôpital St-Louis une jeune fille de 17 ans atteinte de Leontiasis, il expose des vues nouvelles sur la genèse de l'affection. Pour spécifier nettement la part que prend le périoste dans l'évolution de la maladie, il propose de l'appeler « périostose diffuse non syphilitique des os de la face et du crâne », définition qui consacre un fait non encore certain et laisse entendre que l'hyperostose diffuse peut être d'origine syphilitique, et qui ne rappelle pas d'une façon saisissante, comme celle de Virchow, l'aspect particulier des malades qui en sont atteints.

Un cas analogue à celui de M. le professeur Le Dentu est

celui publié par M. Paquet (de Lille) chez une jeune fille de 22 ans. La tumeur est plutôt mixte et présente quelques points sarcomateux.

En 1886, M. Poulet, du Val-de-Grâce, présente le cas d'un jeune spahis, qui fit le sujet d'une thèse soutenue l'année suivante par Laherre devant la Faculté de médecine de Montpellier.

Enfin, en 1890, paraît le dernier travail important sur cette question, dans la *Semaine médicale*. M. le professeur Poisson (de Nantes) y publie l'observation d'une malade atteinte d'anomalies dentaires remarquables. L'auteur émet une hypothèse nouvelle au sujet de l'étiologie. Selon lui l'hyperostose diffuse serait due à un trouble trophique d'origine névropathique. Peu à près M. Millat reprend dans sa thèse inaugurale les théories de son maître.

A la même époque paraissent une observation de M. le docteur Brown (de Bancup) et la thèse du docteur Baumgarten.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de la Leontiasis ossea est encore fort obscure et nous pouvons avouer avec Nélaton que « nous sommes sur ce point dans l'ignorance la plus complète. » C'est qu'en effet c'est une maladie fort rare, et malgré nos nombreuses recherches tout au plus si nous avons pu réunir 12 cas authentiques, et peut-être faudrait-il faire certaines réserves sur certains d'entre eux.

Malgré le nombre relativement restreint de nos observations, un fait à peu près certain semble se dégager à leur lecture, c'est que l'hyperostose des os de la face et du crâne est une maladie toute spéciale à l'adolescence, c'est-à-dire à l'époque de la vie où existe la plus grande suractivité des fonctions ostéogéniques. Son maximum de fréquence est entre 10 et 18 ans. Une fois seulement elle débute plus tôt et deux fois plus tard ; à 20 ans dans le cas

de Poulet, à 11 dans celui de Howship, et encore peut-on bien affirmer qu'elle n'avait pas passé inaperçue jusque-là ? Sans préférence marquée pour l'un ou l'autre sexe, elle s'attaque indifféremment à chacun d'eux. Fait assez surprenant, c'est qu'elle n'atteint pas certaines catégories de gens débilités, pauvres et mal nourris, comme le rachitisme, mais qu'elle semble éclater au milieu des apparences les plus brillantes de la santé. Le jeune Forcade, nous dit Ribell, semblait si bien conformé dans ses premières années qu'on le regardait comme un petit prodige de la nature.

Quelques-uns de nos malades, il est vrai, ont eu certains antécédents morbides. Le malade de M. le professeur Le Dentu a eu la rougeole et la varicelle, mais combien d'enfants y échappent-ils ? Quelques années plus tard il eut une blépharo-conjonctivite, mais bien que lymphatique il n'eut jamais ni adénite, ni ostéite. Forcade eut la varioloïde, puis une dacryocystite, et c'est en voulant ouvrir le dépôt purulent qu'on s'aperçut pour la première fois de l'éminence qu'il portait au maxillaire supérieur. Est-ce la dacryocystite qui fut la cause de l'hyperostose, ou l'hyperostose qui causa la dacryocystite ? Ou bien n'y avait-il pas tout simplement coïncidence ?

Seule la malade de M. le professeur Poisson eut une enfance malheureuse. « Venue avant terme, à sept mois et demi environ, elle était si petite qu'on ne croyait pas qu'elle fût destinée à vivre ; elle fut nourrie au sein jusqu'à trois mois, et c'est à partir de cette époque qu'elle fut soumise à la lactation artificielle. Toujours plus petite que les enfants de son âge, malingre, elle n'a commencé à marcher qu'à trois ans, mais il ne paraît pas qu'elle ait eu les jambes incurvées et les épiphyses volumineuses Ses premières dents furent si tardives, qu'à 10 ans Mlle X..., n'avait que deux

incisives à chaque mâchoire et une molaire à gauche. A ces cinq dents se borna sa première dentition, qui fit place aux dents actuelles. Elles sont ternes, petites, mal plantées, en nombre normal cependant, mais anormalement distantes par suite d'une atrophie des dents qui a toujours existé. » Peut-on dire que ce soit une forme fruste de rachitisme ?

De tous ces antécédents morbides aucun ne semble donc pouvoir être incriminé comme cause efficiente réelle. Si nous examinons les antécédents héréditaires nous ne serons guère plus heureux. Les parents sont généralement bien portants ; frères et sœurs jouissent d'une excellente santé. Seul le frère du malade de Bikersteth eut au maxillaire supérieur une tumeur analogue à celle de son frère. Ce seul cas est réellement insuffisant pour pouvoir en conclure à l'hérédité de la Leontiasis ossea. Nulle part nous ne trouvons soit la syphilis, soit la tuberculose, soit le rachitisme : au contraire, tous nos malades sont des êtres bien doués de la nature.

Il est certaines causes occasionnelles qui sembleraient jouer un rôle actif dans cette maladie ; le traumatisme et le froid. Le malade de Vrany eut, en effet, dans son enfance, la tête prise entre une voiture et un mur ; celui de Poulet reçut un coup de pied de cheval, mais ce n'est que 17 ans après que nous voyons apparaître la Leontiasis ossea. Le malade de Howship ressentit ses premières douleurs à la suite d'un refroidissement, et c'est encore le froid qui après une période d'accalmie passagère reproduisait ses violentes douleurs endormies.

A part le froid et le traumatisme, qui semblent plustôt avoir une action secondaire, il n'est donc pas de cause efficiente que l'on puisse incriminer sûrement, et c'est ce

qui a fait dire à Cruveilhier que « l'hyperostose des os de la face peut se produire indépendamment de toute cause spécifique et constituer une lésion particulière. »

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE. — MARCHE

La Leontiasis ossea peut débuter soit par le maxillaire inférieur, soit par tout autre os du crâne, mais le début le plus fréquent a lieu par le maxillaire supérieur. On pourrait presque dire qu'il en est toujours ainsi et que les autres faits ne sont que des exceptions venant confirmer la règle.

Sur l'apophyse montante du maxillaire supérieur droit une circonstance souvent fortuite (exemple le cas de Forcade, dont on découvrit la tumeur osseuse en pratiquant l'ouverture de l'abcès qu'il avait au grand angle de l'œil droit) révèle une tumeur osseuse qui va croître insensiblement et progressivement, et envahir plus tard tout le maxillaire. Généralement, peu de temps après se développe une tumeur analogue sur le maxillaire gauche, tumeur qui suivra la même marche.

Jusqu'ici aucun changement notable ne se manifeste dans

l'existence des malades et cette période passe souvent inaperçue. Ils se portent bien, mangent bien, et s'occupent comme d'habitude. Leur cerveau est intact et leur intelligence entière (Forcade était recherché par son esprit et sa science), mais cette période de calme n'est que passagère. C'est qu'en effet la caractéristique de la Leontiasis ossea est de progresser lentement, mais toujours. Les deux tumeurs osseuses vont s'irradier, envahir petit à petit tout le maxillaire et s'attaquer ensuite aux malaires, au frontal, aux pariétaux, au sphénoide, et à tous les os du crâne. Les cavités naturelles seront peu à peu envahies et, leur capacité diminuant, les organes qu'elles contiennent seront comprimés. Les fosses nasales pourront s'obstruer et forcer le malade à respirer par la bouche. La loge oculaire se rétrécissant sans cesse, le globe oculaire sera petit à petit chassé vers l'extérieur, à tel point que quelquefois les paupières ne pourront plus le recouvrir. D'autres malades seront atteints de surdité. L'hyperostose se développant principalement sur les os de la face et le plus souvent sur leur face externe, les malades s'apercevront de l'augmentation du volume de leur tête, sans en éprouver cependant beaucoup de gêne. A la longue et quelquefois beaucoup plus tôt, chez certains malades la table interne sera prise aussi et alors les sujets qui ne souffraient pas, pouvaient même supporter les chocs les plus violents, deviendront tristes et abattus. Le cerveau étant comprimé, les facultés intellectuelles s'obscurciront et un retentissement se produira sur toutes les grandes fonctions de l'économie. Une crise aiguë surviendra qui terrassera le malade quand une complication secondaire ne l'aura pas déjà emporté.

Telle est la Leontiasis ossea, maladie purement locale et n'ayant de retentissement sur l'économie que dans sa période

ultime, à marche lente et progressive, dont la durée varie de 30 à 40 ans, ce qui l'a souvent fait passer inaperçue au début. Certains malades ne se sont doutés de leur affection qu'après un long temps. Quand l'hyperostose a acquis un certain développement, les malades présentent une bouffissure du visage caractéristique, le faisant ressembler aux grands singes anthropoïdes. Dans certains cas cependant l'aspect extérieur n'a rien de bien anormal, et ce n'est que par des symptômes subjectifs qu'on peut se douter de ce mal.

Contrairement aux tumeurs des autres tissus, la Leontiasis ossea ne retrocède jamais. « Le produit de l'inflammation ne disparaît pas. La résolution ne s'en fait pas entièrement ; de plus l'hypertrophie produite dans ces conditions repasse assez facilement, surtout chez les jeunes gens à l'état inflammatoire *(Dict. encyclopédique des sc. méd.*, art. Hyperostose). Quelquefois elle peut rester un certain temps stationnaire : elle reprend ensuite. Son pronostic est fatal, et sa terminaison, la mort.

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de la Leontiasis ossea est presque impossible au début même pour un praticien expérimenté ; c'est qu'elle présente en effet de grandes analogies avec les autres tumeurs osseuses ; mais il devient facile dans la suite par la bouffissure spéciale symétrique qu'elle imprime au visage, par sa marche lente et progressive et enfin par les complications qu'elle entraîne dans sa dernière période.

Au début, on peut facilement confondre la Leontiasis avec un ostéome du maxillaire. Ils sont cependant assez différents. La Leontiasis est une affection symétrique, à marche lente, envahissant toute la face et lui imprimant un aspect léonin tout particulier. L'ostéome reste au contraire localisé à une partie limitée de la face; il peut acquérir un volume considérable, et sa marche est rapide.

Le sarcome diffère aussi très notablement de l'hyperostose. C'est une tumeur très molle et élastique, très douloureuse à la pression, à marche et à retentissement rapides sur l'état général ; c'est presque absolument l'inverse de la Leontiasis.

Quelquefois le diagnostic de ces deux tumeurs précédentes sera plus difficile qu'on ne pense. C'est que très souvent l'hyperostose se mêle à l'un d'eux, tel notre cas et celui de M. le professeur Le Dentu. Nous avons alors affaire à une tumeur mixte.

Quant aux hyperostoses d'origine syphilitique héréditaire qu'on a bien voulu confondre avec celles de la Leontiasis ossea, elles en diffèrent assez. Tout d'abord on ne les rencontre guère que dans la période fœtale ou les premiers mois de la vie extra-utérine, tandis que la Leontiasis ne débute guère avant 10 ans. Si quelquefois cependant, comme l'a dit M. le professeur Lannelongue, on peut observer des manifestations tardives dans la syphilis héréditaire ou acquise, on peut toutefois les diagnostiquer assez facilement. Outre les antécédents, on trouve dans la syphilis héréditaire les lésions dentaires caractéristiques signalées par Hutchinson et Parrot que l'on ne rencontre jamais dans la Leontiasis. On les distingue en outre par la marche rapide, les douleurs ostéocopes ; enfin le criterium thérapeutique montrera nettement leur origine.

Quelques auteurs ont voulu voir certaines analogies entre l'affection qui nous occupe et le rachitisme. On ne rencontre celui-ci que dans la première ou la deuxième année, et jamais de 15 à 20 ans. Ses altérations sont fort différentes. Dans le rachitisme on trouve des épiphyses augmentées de volume, des diaphyses incurvées, un thorax en carène. Ces déformations commencent en général par les jambes, puis prennent le bras, le tronc et en dernier lieu le crâne. Il

s'attaque, en outre, aux enfants pauvres et mal nourris. Enfin on trouve des phosphates dans les urines.

Il est deux maladies qui semblent présenter quelque ressemblance avec la Leontiasis et qui n'ont cependant aucun lien de parenté avec elle, ce sont les maladies de Paget et de Marie. La maladie de Paget siège plutôt au crâne qu'à la face ; elle très rare avant 40 ans. Ses premiers symptômes sont des fourmillements et des douleurs semblables aux douleurs fulgurantes des ataxiques. Elle débute par le tibia, puis prend le péroné, le fémur, la colonne vertébrale et le crâne. Sous son influence il se produit une cyphose de la colonne vertébrale obligeant les malades à avoir une démarche particulière, semblable à celle des grands singes anthropoïdes.

Quant à l'acromégalie ou maladie de Marie, elle s'attaque plutôt à la face comme la Leontiasis et peut causer comme elle une exophtalmie considérable, mais c'est surtout le maxillaire inférieur qu'elle déforme. On ne la rencontre que de 20 à 25 ans. Elle débute par les mains qui s'élargissent et s'épaississent ; la même chose se produit aux pieds. A son tour la colonne vertébrale se cyphose.

Comme on le voit, ces deux maladies ne ressemblent à la Leontiasis que faiblement et seulement si on n'examine que la tête. Il suffit d'examiner le reste du corps et la marche de la maladie pour les séparer complétement.

Il est enfin une maladie des pays exotiques, récemment décrite et qui ressemble étrangement à la Leontiasis, le Gondou. C'est une hyperostose symétrique et bilatérale des apophyses montantes du maxillaire supérieur, maladie de l'adolescence, à marche lente et progressive, produisant une bouffissure de la face identique à celle de la Leontiasis et qui serait causée par la piqûre de certains diphtères. A

notre avis ce ne serait peut-être que la Leontiasis elle-même.

Notre malade, mousse de son métier, avait voyagé dans tous ces pays, ce qui semblerait venir à l'appui de notre hypothèse.

CHAPITRE V

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

Les lésions macroscopiques des crânes de sujets atteints de Leontiasis sont caractérisées par une énorme augmentation de volume produite par une hyperostose de toute l'épaisseur des os siégeants surtout à la face et principalement au maxillaire supérieur. Sur leur face interne on voit des saillies osseuses de volume différent. Le diploe toujours atteint est formé de tissu spongieux, aréolaire tantôt au contraire il est transformé en tissu dur et compact. Les lésions de la face interne moins constantes consistent comme celles de la face externe en aspérités de volume variable, mais généralement peu considérables. Les orifices sont généralement modifiés et rétrécis. Des examens microscopiques ont montré qu'il s'agissait presque toujours d'ostéite condensante, quelquefois raréfiante.

Si ces modifications excessives des os sont assez visibles et nettes, il est extrêmement difficile de les expliquer, et nous pouvons dire que la pathogénie est le chapitre le plus obscur de la Leontiasis. Différentes hypothèses ont été émises. Virchow, Guyon et Monod, Le Dentu, font du périoste le facteur principal de sa production, tout en lui attribuant un rôle pathogénique différent. M. Poisson, et à son exemple M. Millat, en font un trouble trophique d'origine névropathique. Aucune n'est suffisante pour l'expliquer la Leontiasis. S'il nous était permis de formuler une opinion, nous dirions qu'il s'agit peut-être d'un Gondou, c'est-à-dire d'une affection parasitaire des fosses nasales déterminant l'ostéome par irritation du périoste, coexistence de deux maladies que l'on trouve souvent, comme dans le cas de M. le professeur Forgue.

CHAPITRE VI

TRAITEMENT

Il n'y a pas de traitement médical. La thérapeutique est absolument impuissante à modifier le gonflement osseux, et l'iodure de potassium, même à haute dose, ne peut nullement en arrêter la marche. Au début, cependant, lorsque le diagnostic sera hésitant entre la Leontiasis vraie et les hyperostoses d'origine syphilitique, on pourra le donner conjointement avec le mercure, mais ce ne sera qu'un criterium mettant le praticien en garde contre une manifestation trompeuse de la diathèse syphilitique et dont l'inefficacité se révèlera bientôt par les progrès de la maladie.

Le traitement chirurgical est le seul qui trouve son emploi et qui peut quelquefois enrayer la maladie lorsqu'il est pratiqué de bonne heure ; appliqué trop tard il ne donnera aucun résultat et sera d'une extrême difficulté. Lorsqu'on aura donc diagnostiqué une Leontiasis au début, on pourra

extirper l'exostose au maillet et au ciseau et faire ensuite une autoplastie cutanée. Le manuel opératoire variera suivant l'étendue de la lésion. S'il résulte de l'intervention des dépressions disgracieuses au niveau de la face, on pourra recourir aux injections modelantes de paraffine.

CONCLUSIONS

1° La Leontiasis ossea est une affection caractérisée par une hyperostose diffuse de la face et du crâne.

2° Cette hyperostose est dès le début bilatérale et symétrique.

3° Cette affection a une marche progressive et envahissante que l'intervention chirurgicale pratiquée de bonne heure peut quelquefois enrayer.

4° Abandonnée à elle-même, elle entraîne des troubles par compression des nerfs crâniens, du cerveau, et la mort survient au milieu de troubles cérébraux.

5° La lésion paraît consister au début dans une ostéite condensante, moins souvent une ostéite raréfiante.

6° La pathogénie est encore inconnue. Peut-être s'agit-il d'une affection parasitaire des fosses nasales qui détermine l'ostéome par irritation du périoste. Il y a très souvent, en effet, coexistence d'un ostéome qui oblitère les méats de l'ethmoïde et le sinus maxillaire, comme dans le cas opéré par M. le professeur Forgue.

7° Le traitement repose dans l'extirpation au maillet et au ciseau de l'ostéome avec autoplastie cutanée. S'il résulte de l'intervention des dépressions disgracieuses de la face, on pourra recourir aux injections modelantes de paraffine.

OBSERVATIONS

Observation I

(Ribel fils, thèse Paris, 1823. Dissertation sur les exostoses)

Exostose éburnée et générale du crâne et de la face

Jean Forcade naquit à Perpignan le 10 décembre 1822. Sa bonne conformation, la beauté de ses traits peu commune aux premiers temps de la vie causaient à ses parents la joie la plus vive. Parvenu avec ces dispositions heureuses à l'âge de six ans, il fut atteint de la petite vérole confluente, dont la bénignité ne détruisit pas d'ailleurs la santé dont il avait joui jusqu'alors, et qu'il conserva six années encore.

Mais à cette époque, c'est-à-dire vers l'âge de douze ans, un abcès se manifesta au grand angle de l'œil droit : son père, chirurgien à Perpignan, en pratiqua l'ouverture, et il s'établit une suppuration dont la durée fut assez longue.

C'est alors qu'on aperçut pour la première fois une éminence osseuse qui faisait saillie à la partie moyenne de l'apophyse nasale du maxillaire droit; elle était de la grosseur d'une petite aveline. L'emploi des topiques variés,

l'usage de traitements internes appropriés aux causes les plus communes d'exostoses symptomatiques, furent complètement infructueux pour la résolution de celle-ci; au contraire, on la vit s'accroître de plus en plus, au point d'acquérir un volume considérable.

Bientôt l'apophyse montante du maxillaire supérieur du côté opposé devint elle-même le siège d'une exostose semblable à la première; et désormais toutes les deux suivirent dans leur développement les mêmes propositions.

A quinze ans, elles avaient acquis un volume tel, que, pressant fortement les cartilages du nez l'un contre l'autre, elles s'opposaient au passage de l'air par les fosses nasales et obligeaint le malade à ne respirer que par la bouche.

La mâchoire inférieure commençait déjà à subir un développement uniforme dans toutes ses parties.

On vit alors avec peine ce jeune homme suivre le cours de ses études; il était à charge à ses condisciples, qui ne pouvaient supporter sa difformité, mais qui s'efforçaient de l'aimer et de rechercher son commerce à cause de l'esprit et des talents qu'il avait en partage.

Les progrès qu'il avait faits dans ses études et dans l'art de l'enseignement lui valurent à vingt ans la confiance de ses concitoyens pour l'éducation de la jeunesse, et son instruction, jointe à son physique hideux, inspiraient à la fois le respect et la crainte de ses élèves.

Mais la mort prématurée de ses parents, les regrets, de voir vouer son existence toute entière à la fonction pénible et ingrate d'éclairer ses semblables, le décidèrent à abandonner sa première carrière pour être prêtre; il se présenta en conséquence au séminaire, où il fut admis.

A cette époque, l'évêque de Guy d'Avrincourt vint remplir à Perpignan le siège vacant par la mort de son

prédécesseur. Frappé de l'aspect monstrueux de Forcade, il déclara qu'il ne pouvait l'associer au ministère sacré des autels qu'en causant des impressions fâcheuses sur les assistants; il l'engagea à quitter le séminaire.

Dès lors la mâchoire inférieure de Forcade acquit insensiblement un volume extraordinaire, mais ses condyles et leur corps ont conservé leur dimension à peu près naturelle. Les maxillaires supérieurs, les parois orbitaires, la voûte, les fosses nasales en arrière et en avant furent soumises à une nutrition plus active. La membrane muqueuse qui les tapisse était détruite ou altérée au point de n'être plus le siège d'une excrétion habituelle. Plus tard, les globes des yeux, chassés de leur cavité, rendaient la vue courte et très pénible; la voûte palatine, devenue convexe dans toute son étendue, gênait les mouvements de la langue dans l'articulation des sons. Les os de la pommette des arcades zygomatiques s'accrurent avec rapidité.

Le coronal, l'occipital, les pariétaux étaient parsemés de petites éminences rugueuses, qu'on pouvait apprécier à travers le cuir chevelu. La surface interne du crâne a conservé l'aspect lisse et poli qu'elle offre dans l'état sain. Aussi le malade a-t-il joui toujours de ses facultés intellectuelles. Plus curieux que tout autre, il se portait avec empressement vers les objets les plus nouveaux pour lui.

Parvenu à l'âge de 44 ans, il fit une maladie caractérisée par des symptômes adynamiques extrêmement graves qui fut suivie de la cécité. La convalescence fut très longue, et, lorsque celle-ci touchait à sa fin, le malade recouvrit la vue du côté droit.

Un an après, il fut atteint d'une péripneumonie, il languit avec cette affection pendant 9 mois, et succomba vers la fin de sa 46me année. A l'ouverture du cadavre on trouva les deux poumons tuberculeux.

La tête, faisant l'objet principal des recherches, fut détachée du reste du tronc, et examinée avec une scrupuleuse attention. Il ne fut jamais possible de parvenir à disséquer les muscles de la face, les faisceaux charnus qui les composent avaient pris un aspect fibreux, confondus d'une part avec le tissu cellulaire sous-cutané, et de l'autre avec le périoste. On pouvait cependant distinguer confusément les muscles masseters.

Toutes les parties molles enlevées, on put se convaincre que toutes les exostoses et toute la surface externe du crâne et de la face sont d'une dureté très considérable et d'une teinte jaunâtre.

Le poids de la tête entière est de 8 livres 3 onces, la mâchoire inférieure à elle seule pèse 3 livres et demie.

Il n'est peut-être pas inutile de faire observer que la taille du malade était au-dessous de la moyenne, que les os étaient remarquables par leur extrême ténuité, entièrement privés de ces empreintes musculaires qui existent ordinairement sur un squelette d'homme.

L'examen de la pièce offre un contraste bien frappant entre cette tête monstrueuse et les vertèbres cervicales très déliées qui la supportaient.

Observation II

(Due à Howship. *Pratical observations in surgery and morbid anatomy*, p. 26 et suiv.)

Au mois d'août 1811, je vis pour la première fois J... C..., homme vigoureux et de bonne mine, âgé de 55 ans, qui portait sur chaque côté de la face une tumeur extra-

ordinaire dont la croissance progressive avait amené la perte des deux yeux. Voici son histoire :

Il y a 14 ans, jouissant alors d'une bonne santé, il se promenait, un jour de grand vent, dans Hampstead-Hill. Il fut pris soudain d'une violente démangeaison et d'une chaleur vive dans les deux yeux, ce qui occasionna des frottements énergiques. Avant d'avoir eu le temps de gagner sa demeure, l'irritation en était arrivée au point qu'il ne pouvait ouvrir ses yeux à la lumière. Survint l'inflammation et bientôt une petite tumeur se forma au-dessous de l'angle de chaque œil. Elle avait à peu près le volume d'une noisette. Ce gonflement, suivant sa propre expression, « s'ouvrait à l'intérieur », s'élargissant plus tard en toute liberté entre les paupières. L'inflammation, soignée par des fomentations avec des têtes de pavots et les médicaments d'usage, dura environ 12 semaines. L'amélioration était telle qu'il ouvrait les yeux, tolérait la lumière du jour et pouvait regarder autour de lui. Bientôt il fut complètement guéri et put se remettre au travail.

15 jours après, ayant été exposé pendant toute une nuit au froid et à la pluie, pendant la saison d'hiver, il éprouva un vif refroidissement.

A cette occasion, il alla consulter un oculiste célèbre, M. Ware. Comme le gonflement était revenu des deux côtés à la partie supérieure de la narine, il lui fit mettre des cataplasmes chauds sur chaque œil.

Il suivait ce traitement depuis six semaines, quand un abcès vint s'ouvrir à l'angle de l'œil droit, déversant son contenu sur la joue. Deux semaines après, il s'en ouvrit un second sur le côté gauche, et la suppuration fut abondante.

La formation de ces abcès s'accompagnait de douleurs

tellement vives qu'il semblait au malade que sa tête se fendait. Ces douleurs, quand elles devenaient plus violentes, irradiaient non seulement aux os du crâne, mais aussi aux autres os de la face. Pendant cette crise qui dura trois mois, il n'eut de repos ni jour ni nuit, souffrant sans cesse sur toutes les parties de la tête. On lui conseilla d'aller à l'hôpital St-Barthélemy où il resta six semaines. Mais, n'ayant pas voulu se soumettre à une opération qu'on lui proposait, il fut congédié.

A cette époque, il présentait une tumeur volumineuse, d'apparence ossifiée, au-dessous du bord de chaque œil, ce qui avait occasionné un certain degré d'exorbitis.

Ce cas excita beaucoup la curiosité pendant son séjour à l'hôpital, et un jour, un des jeunes étudiants ayant un peu trop soulevé la paupière, l'œil s'échappa à travers la fente palpebrale et ne fut remis en place qu'avec beaucoup de difficulté. Depuis lors le malade vit beaucoup moins de cet œil que de celui du côté gauche.

Ses douleurs à la tête et à la face étant toujours cruelles, au point que parfois il perdait la raison, on le recueillit au dispensaire de Fimbourg. L'inflammation des yeux était énorme surtout du côté gauche. Souvent il était pris de délire et on dut lui faire comprendre (ce qui n'était pas facile) de prendre garde de ne pas s'arracher les yeux dans ses accès de délire et de douleur. Pendant cette crise, l'œil droit éclata, sous l'influence de l'inflammation, qui diminua un peu lorsque le contenu fut évacué.

La tumeur osseuse continua de croître en largeur quoique d'une façon très lente. Comme rien n'en avait arrêté les progrès, qu'il était beaucoup soulagé de sa douleur et que son état général s'était amélioré, il revint chez lui.

Quelque temps après, il était occupé à déplier son lit.

Comme il ne voyait plus, celui-ci glissa de ses mains et un des pieds vint frapper sur le globe oculaire qui fut expulsé, contusionnant en même temps la tumeur dure de la joie. Cet accident qui avait crevé l'œil gauche ne fut suivi d'aucune autre douleur que celle résultant de la contusion violente. Une inflammation vive survint bientôt, mais elle se calma spontanément.

Après cette période, il jouit d'une bonne santé, et en 1815 il resta bien portant. Il remarquait simplement que le froid affectait surtout sa tête avec un réveil passager de ses vieilles douleurs inflammatoires.

Le bord des paupières conservait toujours des traces de l'ancienne inflammation. La tumeur des maxillaires offrait la dureté de l'ivoire et paraissait indolente à la pression. Elle occupait à peu près toute la cavité orbitaire et aussi les fosses nasales qui étaient presque entièrement oblitérées. Sur les téguments qui les recouvraient on voyait des veines larges et variqueuses.

Vis-à-vis de l'accroissement lent et uniforme de ce mal, en présence des vives douleurs qui l'accompagnent, et des autres circonstances énumérées dans l'histoire que nous venons de faire, il y avait lieu de croire qu'il se produisait là une sécrétion abondante de matière osseuse formant une texture plus dense et plus compacte que d'ordinaire dans ces parties.

Observation III

(Malade de Bickersteth. de Liverpool, suivi pendant plusieurs années par ce chirurgien, *Transact. of the patholog. Soc. of London*, 1866.)

C'est à l'âge de 14 ans que l'on remarqua pour la première fois que les os de la face prenaient un volume exagéré. Leur volume continua à s'accroître, et 13 ans plus tard une tumeur semblable apparut sur le péroné gauche.

A part la difformité, les tumeurs n'occasionnent aucun trouble sérieux jusqu'à l'âge de 32 ans, époque où il commença à éprouver de vives douleurs dans la jambe et dans la tête. Par suite de l'affection, les cavités buccale et nasale se comblèrent en partie, les globes oculaires furent repoussés presque hors des paupières, l'œil gauche devint amaurotique.

Les mouvements du maxillaire inférieur ne furent que très peu gênés, la déglutition et la mastication restaient normales, ainsi que le goût et l'ouïe.

Il n'y eut jamais de suppuration ; la peau et la muqueuse restèrent toujours intactes. La maladie dura 20 ans ; au bout de 18 ans suivirent des douleurs qui persistèrent jusqu'à la mort, que la difficulté de l'alimentation semble avoir causée.

Le malade n'était pas syphilitique. Les parents étaient vivants et bien portants ; il n'y avait ni syphilis, ni cancer, ni tuberculose dans ses antécédents héréditaires.

Cependant un frère avait une hypertrophie semblable sur le maxillaire supérieur d'un seul côté. Cette tumeur avait également commencé à l'âge de la puberté, mais elle resta longtemps stationnaire, et plusieurs années après son début elle donnait au malade l'aspect d'un homme atteint d'une « fluxion ».

L'autopsie ne révéla aucune lésion viscérale. Les seuls os atteints par la maladie étaient le crâne, l'os hyoïde et le péroné gauche.

L'affection des os du crâne consistait en un épuisement et une induration considérable dus à la présence, sur la face externe des os, de nombreuses excroissances, très serrées les unes contre les autres, mousses, denses, dont le volume variait depuis celui d'un grain de chanvre jusqu'à celui d'une cerise, l'os ressemblait à une masse de malachite.

Les lésions avaient plus ou moins envahi tous les os du crâne, à l'exception de l'occipal. Les os malaires avaient subi l'accroissement le plus considérable, ils formaient chacun une masse irrégulière du volume d'une orange faisant saillie vers l'orbite correspondant, de façon à réduire sa cavité à la partie inférieure et externe.

Les cavités orbitaires sont non seulement réduites, mais la forme est très modifiée. L'orbite droit est triangulaire, le gauche plus réduit encore est quadrangulaire. Les apophyses montantes des maxillaires supérieurs sont si augmentés de volume que l'orifice antérieur des fosses nasales ne forme plus qu'une petite fente. Les apophyses palatines forment deux masses arrondies, qui comblent l'excavation de la voûte palatine, qui se trouve de niveau avec les alvéoles de la mâchoire supérieure ; les deux tumeurs sont séparées par un sillon médian et profond. Les os propres du nez, le vomer, les os palatins présentent des lésions semblables.

La dentition de la mâchoire supérieure est complète à l'exception de la troisième grosse molaire de chaque côté. On ne voit même pas trace de l'alvéole correspondante.

Le maxillaire inférieur est extrêmement déformé. Il est énormément épaissi dans toutes ses dimensions: dans sa moitié droite plus encore qu'à gauche. Les condyles, l'apophyse coronoïde, l'échancrure sygmoïde forment de chaque côté une seule masse globuleuse.

A la mâchoire inférieure comme à la supérieure, il n'y a pas trace de la troisième molaire ni de son alvéole.

L'os hyoïde présente les mêmes déformations. La tumeur du péroné a le volume d'un œuf d'autruche.

Dans tous les points le tissu osseux a une structure compacte très dense; il est parcouru par des canaux vasculaires très nombreux et très volumineux.

L'examen microscopique montre que ce tissu compact est traversé par des canaux vasculaires nombreux formant par endroits de vrais réseaux.

Entre ces canaux l'espace est comblé par du tissu osseux dans lequel les vrais systèmes de Havers sont très rares.

Observation IV

(Due à Ilg. Résumée par Virchow *Traité des tumeurs*)

Une fille, précédemment très bien portante, devint amaurotique à l'âge de 10 ans et eut une attaque d'épilepsie, suivie pendant des mois entiers d'un violent mal de tête général accompagné de délire.

Lorsque celui-ci cessa, les attaques convulsives devinrent plus fréquentes, et à la fin de chacune d'elles apparaissait un érysipèle qui envahissait la tête entière et durait avec la desquamation de huit à dix jours. A l'âge de 16 ans l'ouïe disparut, la tête grossit ; il y eut de violentes douleurs, de la pesanteur de tête, de la faiblesse et perte d'odorat, etc. La pauvre malade mourut enfin à l'âge de 17 ans, immédiatement après un nouvel érysipèle.

Observation V

Vrany (observation reproduite complètement, in *Ia hresbericht über die Leistungen*, etc., 1867.)

Hyperostose de la face et du crâne (Leontiasis ossea)

Jean R... (de Prachalitz) souffrit beaucoup, étant enfant, d'adénites scrofuleuses du cou qui laissèrent après elles un petit gonflement du maxillaire inférieur qui ne céda à

aucun traitement, augmenta peu à peu. Après avoir consulté, en 1846, toutes les autorités de Prague, il se rendit chez le docteur Mayer qui était alors aide à la clinique médicale à Vienne, et qui le présenta aux premiers chirurgiens.

On fit le diagnostic d'ostéo-sarcome du maxillaire inférieur, et le professeur Schah voulut essayer l'extirpation que le malade refusa. Comme la tumeur resta stationnaire pendant un an, et comme elle n'était pas douloureuse et que le malade se portait bien, il ne fit plus attention à son mal.

Etant devenu employé dans la commune, il se trouvait dans de bonnes conditions matérielles, il vécut bien jusqu'à ce qu'il se laissât entraîné à des spéculations malheureuses, et il perdit toute sa fortune.

Cependant il avait eu quelquefois des congestions à la tête très pénibles qui, au moment du début de la psychopathie, devinrent de plus en plus persistantes. Elles ne cédèrent même plus au traitement antiphlogistique employé ordinairement. La faiblesse d'esprit commença par un état de mélancolie auquel s'ajouta bientôt une perte de mémoire prononcée et bientôt des accès de fureur.

L'affection mentale n'a pas duré beaucoup plus d'un an.

Le crâne montre un épaississement notable des os à la partie antérieure et supérieure de la cavité crânienne, jusqu'en arrière au sinus transversal.

L'os frontal mesure aux environs de la tubérosité 12 mm., les os pariétaux 6 mm., et la protubérance interne jusqu'à 20 mm. d'épaisseur. Le tissu de ces os épaissis est compact et peu poreux.

La surface externe de la voûte crânienne est plate, par places recouverte d'ostéophytes variqueux; ce sont sur-

tout les bords orbitaires du frontal, le bord antérieur du pariétal droit et les grandes ailes du sphénoïde qui sont épaissies.

La face interne est boursouflée et couverte par places par une végétation osseuse, réticulée, comme émaillée. Pour cette raison, les sutures ici sont complètement effacées excepté un léger indice de la suture lambdoïde tandis qu'elles existent encore à la face externe où elles sont un peu moins déchiquetées. Les fosses de la base du crâne sont peu profondes. Dans les plus antérieures, les os sont très épaissis, lisses, surtout la fosse antérieure qui cependant est lisse. Les fosses moyennes sont translucides au point où elles correspondent à l'écaille temporale, mais dans le reste elles sont assez épaissies, boursouflées et à gros pores.

Le fond de la troisième fosse forme une lamelle amincie comme du papier, et même perforée dans un endroit.

La paroi postérieure de la selle turcique est atrophiée et perforée. Tous les trous vasculaires et nerveux de la base du crâne sont entourés de bords proéminents et tranchants, mais ils ne sont pas du tout rétrécis. Parmi les os du squelette de la face, le maxillaire inférieur présente le plus haut degré de morbidité; il est épaissi et grossi dans toutes ses parties, excepté les condyles. Le corps est le plus épaissi latéralement où il a 44 millimètres d'épaisseur et 50 à 53 millimètres de hauteur et proémine en avant et en bas. La région du menton est par cela très élargie et porte une échancrure convexe en haut et en bas, de même que la face antérieure, au lieu de présenter une courbe parabolique, en présente une sphérique aplatie. Dans sa ligne médiane le corps du maxillaire inférieur à l'épaisseur de 17 millimètres et la hauteur de 45 millimètres, parce que la face interne est repliée à angle aigu, et au lieu de l'épine maxil-

laire interne il y a une gouttière longitudinale. L'apophyse alvéolaire est aussi épaissie, les deux alvéoles moyens sont vides, à droite il y a 3 dents, à gauche 5 dents. Il est intéressant à noter que par suite d'un excès de cément la racine de la première molaire à gauche est considérablement gonflée dans sa moitié inférieure, et même paraît être tuméfiée en forme de nodules. La branche droite du maxillaire inférieur est large de 57 millimètres, et épaisse de 35 millimètres, gonflée dans toute sa longueur, de façon à former un cylindre ; l'angle du maxillaire inférieur n'est par conséquent plus reconnaissable.

En haut, il se continue dans le condyle aussi épaissi, par une échancrure peu profonde. L'apophyse condylienne est à sa base plus large que le condyle lui-même, à sa face interne il y a une petite dépression. La branche gauche partage moins cet épaississement général, l'aspect normal y est plus conservé ; le gonflement y est aussi cependant généralisé, car l'épaisseur y est de 17 millimètres, la plus grande largeur 40 millimètres, et concerne même la base de l'apophyse condylienne. La surface de l'os est rugueuse, bosselée, traversée ; par places des gouttières dans la direction des muscles, partout on trouve de petits orifices ; la substance osseuse est dure comme de l'émail. Par le gonflement de l'os, les détails sont plus ou moins effacés, ainsi l'épine mentonière externe est à peine indiquée, la ligne oblique externe est reconnaissable comme bourrelet mousse et la ligne mylohyoïdienne externe comme renflement tubéreux. La gouttière mylohyoïdienne n'est indiquée qu'en dedans. Après le maxillaire inférieur c'est le maxillaire supérieur qui offre le plus de déformations, et c'est celui du côté droit qui est plus affecté que celui du côté gauche. Le corps est considérablement grossi et épaissi, les faces

externes plus arrondies; les fosses supérieures moins profondes, le trou sous-orbitaire dirigé en dehors et en haut, tous les bords et toutes les épines moins tranchants et plus difformes. Les antres d'Higmore sont extrêmement rétrécis et les condyles nasaux inférieurs sont rendus tout à fait imperméables par la proéminence bulbeuse des parties inférieures des faces nasales des corps des maxillaires supérieurs. La surface des os est percée de nombreux trous vasculaires. Les antres alvéolaires sont assez allongés et portent toutes les dents incisives et canines, à droite on voit encore les petites molaires et la première grande molaire. Les autres alvéoles sont vides, encore ouverts. L'apophyse palatine est fortement renflée, la face buccale très voûtée, très rugueuse, les apophyses nasales sont épaissies, ses bords émoussés et arrondis.

Les changements morbides des autres os sont le plus distincts dans les points où ils touchent le maxillaire supérieur, de même les sutures par là sont tout à fait synastosées.

Les os lacrymaux et les cornets présentent des plaques grossies, épaisses, difformes; moins changées sont les faces latérales de l'ethmoïde et le vomer. L'os jugulaire gauche est seulement épaissi dans les parties voisines du maxiliare supérieur et y est superficiellement boursouflée. L'os jugulaire droit, les os du nez et ceux de la voûte palatine sont affectés, de même que leurs sutures avec le maxillaire supérieur sont par places ossifiées et que leurs surfaces sont recouvertes d'ostéophytes.

Les trous vasculaires et nerveux du squelette facial sont plutôt élargis que rétrécis, le canal lacrymal droit est sténosé.

Les autres os du squelette ne présentent rien d'anormal.

Observation VI

(Due à Stanley. *Treatise of the diseases of the bones.* London, 1849. pages 291 et suiv.)

Une jeune fille, âgée de 15 ans, était admise à l'hôpital Saint-Barthélemy, pour une tumeur oblongue, dure et indolore, de la portion nasale de l'os maxillaire supérieur, faisant saillie sur la face et s'étendant jusque dans les narines. Les parties voisines paraissaient intactes. Il n'y avait ni proéminence de la joue, ni déplacement de l'œil, ni saillie du palais. La malade et son père établirent que le mal avait progressé pendant 8 ans et qu'il croissait encore. Sa santé était très bonne. Après un séjour de quelques semaines à l'hôpital, il devint évident que le gonflement avait augmenté depuis l'admission, et il fut nécessaire de déterminer, autant que possible, la nature et l'étendue des lésions, au point de vue d'une intervention chirurgicale. D'après les caractères de la tumeur on pouvait croire à une substance solide osseuse, et l'extension du mal dans les narines me permit de diagnostiquer une hypertrophie du maxillaire sans pouvoir toutefois en fixer les limites. Il n'y avait aucun signe d'extension au delà de l'apophyse montante. Mais connaissant la tendance de l'hypertrophie à croître beaucoup et indéfiniment, et sachant que le sinus, bien qu'il ne parût pas gonflé, pouvait contenir de la substance osseuse, j'étais dans l'impossibilité de connaître l'étendue du mal et de décider à l'avance quelle quantité de l'os maxillaire il faudrait enlever.

En consultation, on fut d'avis que l'extirpation de l'os

malade était une mesure sage; mais je dus procéder à l'opération avec de l'incertitude sur deux points essentiels, la nature et l'étendue du mal. On me disait que ce gonflement pouvait être un kyste osseux avec des parois épaisses, ce qui ne me paraissait pas probable, les kystes ayant peu de tendance à se former en ce point maxillaire. Cependant, afin de m'éclairer sur la nature de la maladie, je fis au préalable une petite incision sur les téguments couvrant la partie la plus proéminente de la tumeur et j'enfonçai un perforateur. Je fus satisfait de voir qu'elle se composait, dans tous points, de matière osseuse.

Supposant alors que je n'aurais à enlever que l'apophyse montante du maxillaire, je traçai une incision sur toute la longueur du dos du nez et je la prolongeai en bas sur le milieu de la lèvre supérieure. Je pus ensuite relever le pan ainsi formé qui comprenait l'aile du nez, la moitié de la lèvre supérieure et la joue. Mon but était de m'assurer de l'état du sinus, et en conséquence je perforai sa paroi antérieure. Je vis avec plaisir qu'il était rempli de substance osseuse. Dans ces circonstances, il ne pouvait y avoir aucune hésitation sur la nécessité d'enlever le maxillaire tout entier, ce qui fut fait à l'aide d'une seconde incision allant de la commissure des lèvres au point le plus élevé de l'os malaire.

L'hémorragie, pendant et après l'opération, fut peu abondante et facile à arrêter.

Presque aucun trouble constitutionnel ne se produisit. Quatre jours après, les pinces et les points de suture furent enlevés et les incisions dans toute leur étendue paraissaient parfaitement réunies. Le sixième jour, un érysipèle apparut sur le côté opposé de la face et s'étendit graduellement à la tête et au cou. Malgré tous les moyens employés pour

soutenir les forces vitales, la peau devint rouge foncé, la circulation faiblit peu à peu et la malade mourut le dixième jour après l'opération.

La partie qui avait été enlevée comprenait l'os maxillaire supérieur entier, avec l'apophyse palatine dont on avait soigneusement détaché la muqueuse. Il s'agissait bien d'une hypertrophie de l'os maxillaire, pénétrant dans tous ses points et oblitérant d'une façon complète l'antre d'Higmore. Aussi la partie malade, lorsqu'elle eût été séparée avec la scie, ne présentait aucun autre caractère que celui d'une masse osseuse solide.

Observation VII

(Due à M. le professeur Le Dentu. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, 1879, page 871.)

Jeanne S..., âgée de 18 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 63, le 1er mai 1879. Il y a environ huit mois, ayant éprouvé de vives douleurs dans la première grosse molaire inférieure du côté droit, elle s'est fait arracher cette dent, et les douleurs ont cessé immédiatement. A son niveau, les gencives étaient rouges et saignaient facilement.

C'est seulement au commencement de février, il y a à peu près quatre mois, qu'une légère tuméfaction de la gencive est apparue dans le même point. Cette tuméfaction s'est étendue en largeur et en épaisseur sans donner lieu ni à des douleurs ni à de la fièvre.

Un mois après, une tuméfaction analogue apparaissait sur la gencive du maxillaire supérieur du côté droit, du même côté que l'altération du maxillaire inférieur.

Enfin, il y a environ six semaines qu'un soulèvement analogue s'est montré à la face externe du maxillaire inférieur et du maxillaire supérieur au côté gauche de la bouche, sans occasionner de souffrances même faibles.

Au 1er mai, je trouve la malade dans l'état suivant :

Les joues sont soulevées et arrondies sphériquement, comme si la malade avait des corps étrangers dans la bouche. Celle de droite est la plus volumineuse.

Le squelette de la face offre des altérations faciles à constater par l'examen buccal ; elles portent sur les deux maxillaires supérieurs et sur le maxillaire inférieur.

Les deux faces du maxillaire inférieur, dans sa moitié droite, sont soulevées en une tumeur allongée parallèlement à l'axe de l'os, qui commence en arrière de la canine et se prolonge jusqu'à l'angle de la branche montante et du corps. La tumeur de la face externe est plus grosse que celle de la face interne.

Sur la moitié gauche, mêmes lésions, mais moins développées.

Sous les incisives, à la face externe de l'os, se voient deux petits soulèvements dont le relief dépasse de deux à trois millimètres la surface des gencives à leur voisinage.

Le maxillaire supérieur droit présente à partir de la canine des altérations semblales à celles du maxillaire inférieur et arrivées à un degré de développement à peu près égal.

La partie correspondante de la voûte palatine est soulevée d'avant en arrière au voisinage de l'arcade alvéolaire. De la suture à la tuméfaction il n'y a guère que 7 à 8 millimètres de tissu sain.

Mêmes productions à gauche, mais beaucoup moins avancées. Au-dessus des incisives, petites tumeurs aplaties comme au maxillaire inférieur.

Les lésions sont donc d'une symétrie parfaite; mais on voit, à leur développement inégal à gauche et à droite, qu'elles ont dû commencer à droite.

Sauf la dent arrachée il y a huit mois, il n'en manque aucune. Fichées au milieu d'un tissu mou, mais nullement fongueux, qui en entoure toute la couronne, elles sont devenues mobiles et semblent près de tomber spontanément. Le tissu qui les enveloppe n'est nullement saignant; il oppose même au doigt une certaine résistance élastique.

Toutes ces productions sont d'un rouge violacé; mais leur aspect, leur configuration superficielle, leur couleur même ne sont pas absolument les mêmes partout. Tandis que la tumeur de la face externe du maxillaire supérieur droit a un aspect chagriné et une teinte d'un rose violet pâle et mat, celle du maxillaire inférieur, à droite, est lisse, plus violette et n'adhère pas à la muqueuse qui la recouvre,

Des différences analogues se montrent du côté gauche du squelette de la face.

La consistance des ces tumeurs est d'une dureté élastique par places, d'une dureté absolue dans d'autres points, comme si le doigt rencontrait tantôt du tissu fibreux, tantôt du tissu osseux. Les masses morbides sont nettement divisées en lobules séparés par des sillons très peu accentués.

Comme points particulièrement durs, je reconnais la partie postérieure de la tumeur du maxillaire supérieur droit et la partie antérieure de la tumeur du maxillaire inférieur, également à droite.

La malade ne souffre aucunement des explorations; elle n'a jamais éprouvé de douleurs spontanées, sauf celles qui ont nécessité l'avulsion de la dent.

Rien autre chose à noter chez cette jeune personne. Ses parents, ses deux frères, jouissent d'une excellente santé.

Comme antécédents morbides personnels, elle rapporte qu'elle a eu la rougeole et la varicelle dans son enfance, une blépharo-conjonctivite de trois ou quatre mois de durée quelques années plus tard. Bien qu'elle offre un peu le type lymphatique, elle n'a jamais été atteinte d'accidents sérieux relevant de la diathèse strumeuse, ni d'adénites, ni d'ostéites.

Elle accuse encore quelques crampes d'estomac éprouvées il y a un an et des douleurs dans le membre supérieur droit, probablement de nature rhumatismale.

J'ajouterai, comme renseignement offrant quelque intérêt, que dès le début de l'affection actuelle il s'est produit dans la menstruation une perturbation notable qui ne paraît pas se rattacher à un état de chloro-anémie concomitante. Une autre perturbation s'est traduite d'abord par une certaine irrégularité des règles, puis par une suppression complète qui date de deux mois.

Il n'est pas inutile de dire que cette jeune fille n'a été atteinte après sa naissance d'aucun accident pouvant être rapporté à la syphilis congénitale, et qu'elle vit actuellement avec sa mère dans une petite ville de province, ce qui peut jusqu'à un certain point la mettre à l'abri des soupçons relativement à une syphilis de date récente.

Ma première impression en présence de ce fait singulier fut un étonnement que ne m'aurait pas causé une affection des maxillaires d'un diagnostic difficile, mais répondant aux types cliniques qu'on a coutume d'observer, et ce ne fut qu'après plusieurs jours que je parvins à me faire une opinion nette.

J'éliminai successivement les tumeurs à localisations précises, telles que l'épulis, l'épithelioma, les tumeurs fibreuses restées fibreuses, calcifiées ou converties en ostéomes.

Le fait capital dans le cas que j'observais, c'était la mul-

tiplicité des tumeurs, leur indépendance complète, leur développement symétrique. Perdre de vue un seul instant ces caractères fondamentaux, c'était m'exposer à faire fausse route dans le diagnostic.

A peine pouvais-je songer aux tumeurs malignes d'emblée, telles que certaines formes de sarcome, de carcinome et de mélanose; je le pouvais d'autant moins que ces productions, alors même qu'elles se développent exclusivement dans le système osseux, sont disséminées sur des os différents et non groupées sur un seul, qu'elles ne sont jamais parfaitement symétriques, et qu'elles arrivent rapidement à un véritable ramollissement.

Je ne reconnais non plus chez ma malade aucun des signes des inflammations périostiques et osseuses, ni la douleur, ni la suppuration, ni la fièvre. Une légère stomatite donnait lieu à un état à peine fongueux des gencives autour des incisives, et l'on voyait s'échapper une très petite quantité de pus des dépressions dans lesquelles étaient logées les dents. La périostite, l'ostéite devaient être tout à fait laissées de côté.

Un traitement antérieur à l'iodure de potassium, l'absence de toute lésion caractéristique devaient faire éliminer la syphilis.

Ni le scorbut, ni l'hypertrophie des gencives décrite par Salter en 1859, ne pouvaient sérieusement être mis en cause.

Par suite de ces éliminations successives, j'arrivai à penser que je me trouvais en présence de cette affection extrêmement rare désignée sous le nom d'hypertrophie diffuse des mâchoires. Néanmoins il pouvait me rester quelques doutes dans l'esprit ; car, dans tous les cas connus jusqu'ici, la maladie s'était présentée sous la forme d'une

sorte d'hyperostose diffuse, tandis que chez ma malade, s'il était présumable que dans certains points la production morbide s'était calcifiée, on pouvait affirmer qu'elle était constituée en grande partie par un tissu d'une consistance semblable à celle du tissu fibreux. D'autre part, le développement de ces masses avait été rapide, et la marche de l'affection n'était pas sans analogie avec celle des affections malignes.

Dans ces circonstances, je pensai que l'examen histologique de la tumeur éclairerait beaucoup le diagnostic ; aussi, profitant de ce que la malade avait été chloroformisée pour subir une cautérisation au thermo-cautère, j'enlevai au bistouri un petit morceau de la tumeur du maxillaire supérieur droit, et je l'expédiai de suite au laboratoire d'histologie du Collège de France.

Il me fut répondu que la tumeur était un sarcome. Cette désignation me désorienta un peu, je dois le dire ; mais, au fond, je restai convaincu qu'il ne pouvait être question d'un sarcome ordinaire, et, vu l'impossibilité de faire concorder les particularités les plus caractérisques du cas que j'observais avec les signes et la marche du sarcome, je persistai dans mon diagnostic, décidé à en attendre la confirmation dans la marche des événements.

Or, voici ce que j'observai :

Peu de jours après l'entrée de la malade à l'hôpital, j'avais fait, ainsi qu'il a été dit plus haut, une cautérisation profonde au thermo-cautère sur les deux productions de la voûte palatine, dans l'espoir que ce moyen énergique apporterait une certaine perturbation dans la marche rapide du mal. La conséquence immédiate de cette thérapeutique fut une réaction inflammatoire assez intense qui gagna la bouche entière, qui amena dans les masses mor-

bides, ou du moins à leur surface, une sorte de ramollissement fongueux et en augmenta sensiblement le volume. Puis, peu à peu, l'inflammation cessa ; les deux pertes de substance résultant de la chute des eschares commencèrent à se cicatriser. Il en fut de même de celle que j'avais produite en détachant un petit morceau de la tumeur avec un bistouri, si bien qu'au bout de quinze jours le tissu morbide avait entièrement repris son apparence normale.

Par là, il était démontré que la présence d'éléments sarcomateux dans le tissu anormal n'était pas l'indice d'une réelle malignité, et l'on pouvait penser que ce n'était pas un sarcome proprement dit.

Le résultat de cette première cautérisation ne m'encouragea pas à recommencer ; après m'être borné à prescrire des collutoires émollients, je fis prendre à cette jeune fille un gramme d'iodure de potassium par jour et lui permis au bout de quelque temps de retourner dans sa famille, à condition qu'elle reviendrait me voir de temps en temps.

Mais déjà, depuis quelques jours, j'avais remarqué un certain degré d'exorbitis de l'œil gauche qui s'était produit tout récemment et à l'insu de la malade. C'était l'indice d'une déformation du fond de l'orbite qui devait dépendre d'un épaississement du temporal ; car du même côté la tempe commençait à être plus bombée qu'à droite. L'affection gagnait les os du crâne.

Peu à peu, un changement sensible survint dans la consistance des productions morbides. D'élastiques qu'elles étaient dans beaucoup de points, elles devinrent dures, de consistance osseuse, de sorte que, vers la fin du mois de juin, il était bien certain que l'ossification avait considérablement progressé. Je notai en même temps qu'en changeant de nature le tissu avait semblé se rétracter un peu,

de sorte que l'ensemble des tumeurs représentait un volume moindre après l'ossification qu'auparavant.

Le doute n'était plus permis. Le diagnostic porté tout d'abord était exact. L'affection méritait bien le nom d'hypertrophie diffuse des os maxillaires; mais j'avais eu la chance, unique jusqu'ici, de l'observer dans sa phase initiale, pendant cette période qui précède probablement toujours la phase d'ossification.

Observation VIII

(Due à M. Paquet, *in* Bulletin de la Société de chirurgie, 1881, p. 329)

M. Paquet (de Lille) présente une tumeur mixte du maxillaire supérieur gauche, qu'il a enlevée le 30 mars dernier à la maison de santé de l'hôpital Ste-Eugénie, appartenant au service de la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de l'Etat, à Lille. L'opérée est une jeune fille de 22 ans, récemment reçue sage-femme.

La tumeur a débuté à l'âge de 3 ans par une saillie légère au niveau de la région maxillaire supérieure gauche et a marché très lentement jusqu'il y a deux ans environ ; à partir de cette époque, les progrès ont été plus rapides. Ainsi qu'on peut le voir sur la photographie de la malade qui accompagne la présentation de la pièce, la saillie de la tumeur était considérable ; l'œil était en partie refoulé hors de l'orbite, et la commissure gauche des lèvres fortement abaissée. D'autre part, la force nasale gauche était presque complètement oblitérée ; la voûte palatine offrait à gauche deux saillies oblongues, un peu dépressibles, donnant à la pression une sensation obtuse de crépitation parcheminée;

dans tous ses autres points, la tumeur était d'une dureté osseuse ; l'os malaire avait plus que doublé de volume ; les dents, sauf une dont la couronne était cariée, étaient saines et très solidement implantées, contrairement à ce qui a lieu dans la plupart des tumeurs du maxillaire supérieur.

Le diagnostic de la nature de la tumeur était difficile ; les probabilités étaient en faveur d'une hypertrophie osseuse, hyperostose unilatérale ; d'autre part, les caractères de la lésion du côté de la voûte palatine n'étaient pas ceux d'une tumeur osseuse, je diagnostiquai une tumeur mixte, en partie osseuse, en partie sarcomateuse.

En présence de l'accroissement de la tumeur, de l'exophtalmie, de l'augmentation rapide de la déformation palatine, et devant les sollicitations pressantes de la jeune fille qui, en raison de sa difformité, se voyait rebutée dans l'exercice de sa profession, je crus devoir procéder à l'opération, que je vais relater brièvement..

J'éprouvai beaucoup de difficulté à passer une sonde pour pratiquer le tamponnement préventif conseillé par Verneuil; j'y parvins à l'aide d'une fine bougie à urétrotomie interne, qui, menée par la narine antérieure jusque dans le pharynx et ramenée dans la bouche, permit d'entraîner un fil muni d'un tampon de charpie. L'opération fut faite par le procédé de Nélaton. Après avoir détaché le lambeau avec la rugine, j'enfonçai la gouge dans la masse de la tumeur, et je reconnus l'existence d'une hyperostose et la nécessité d'une résection totale ; dans l'impossibilité d'attaquer le pont osseux malaire avec la scie ou les cisailles (il n'y avait plus de fente sphéno-maxillaire, et l'os malaire mesurait près de 6 centimètres de hauteur), j'attaquai ce pont osseux avec le ciseau et le maillet, et dans une épaisseur de 4 centimètres; je dus recourir au même moyen pour faire sauter le pont

maxillaire et la paroi orbitaire. Je fis la section médiane de la lèvre entre deux pinces hémostatiques ; puis, après avoir placé dans la partie la plus reculée du vestibule de la bouche une éponge montée sur une pince porte-éponge, je détachai complètement le lambeau au niveau de l'arcade dentaire : pas une goutte de sang ne tomba dans le pharynx. Le pont osseux palatin dut également être sectionné avec le ciseau et le maillet ; il présentait plus de 3 centimètres d'épaisseur ; en raison de la minceur de la muqueuse palatine, je ne jugeai pas prudent de la conserver : le voile du palais fut détaché avec le bistouri, puis le maxillaire supérieur arraché avec le davier de Farabœuf. Quelques petites artères furent tordues, la portion exubérante de l'os malaire fut abattue par un trait de scie oblique, puis le lambeau réappliqué et suturé par six points de fil d'argent et dix épingles avec suture entortillée.

Grâce au tamponnement préventif et à l'emploi des porte-éponges, la malade fut chloroformée pendant toute la durée de l'opération, soit plus de deux heures, et seulement réveillée après le dernier point de suture.

Réaction générale nulle : dès le second jour, gonflement qui, au troisième jour, était considérable ; un peu d'étranglement au niveau de la paupière inférieure, un chémosis palpébral et oculaire, nécessitant des scarifications de la conjonctive et l'enlèvement prématuré des sutures au niveau du grand angle de l'œil ; en ce point, la réunion a manqué dans l'étendue d'environ un centimètre carré, et il y a lieu de craindre la formation d'une cicatrice qui par la suite déterminera un léger ectropion : je serais bien aise d'avoir l'avis de mes collègues à ce sujet.

Examen de la pièce. — Dans sa presque totalité, c'est de

l'hyperostose ; mais dans ce qui reste du sinus on trouve deux mamelons de tissu sarcomateux fasciculé, paraissant s'être développés aux dépens de la muqueuse du sinus, dans la portion qui avoisine la face palatine. Je crois donc à l'existence d'une tumeur mixte. Peut-être ce tissu sarcomateux, qui s'est très certainement développé depuis deux ans seulement, alors que le début de la tumeur date de plus de 18 années, peut-être, dis-je, doit-il être attribué à une irritation de voisinage, déterminée par le travail d'hyperplasie osseuse. La question pourra être élucidée plus tard, par l'examen complet de la tumeur que notre très distingué confrère, M. le professeur Kelsch, se propose de faire ; j'aurai l'honneur d'en informer la Société de chirurgie.

Dimensions de la tumeur : 1° verticale, 8 centimètres ; 2° transversale, 8 centimètres 1/2 ; 3° épaisseur du pont malaire : hauteur, 5 centimètres ; largeur (antéro-postérieure), 3 centimètres 1/2 ; 4° longueur de l'arcade dentaire, 10 centimètres 1/2.

Observation IX

(Due à Poulet et à Laherre, *in* thèse de Laherre. Montpellier, 1887)

P!.. (Henri), âgé de 23 ans, cordonnier, d'une taille de 1m75. doué d'une constitution robuste, entre à l'hôpital civil de Constantine, le 27 juin 1887, pour hyperostose des os du crâne.

Antécédents héréditaires. — Père mort, en 1877, d'une hydropisie ; mère encore bien portante ; frère également en bonne santé.

Antécédents personnels. — N'a jamais eu de maladie étant jeune. Pas de variole, pas de rhumatisme, pas de syphilis.

A l'âge de 3 ans, alors qu'il était enfant de troupe au train des équipages militaires stationnant au Bardo (Constantine), P... reçut à la partie droite et supérieure du front un coup de pied de cheval et resta sans connaissance pendant quelque temps. La plaie ainsi produite suppura pendant une année environ et finit par se fermer après l'élimination d'une esquille venant du frontal. Le blessé n'a jamais ressenti aucun symptôme cérébral depuis cet accident.

Enrôlé comme engagé volontaire au 3me Spahis, à l'âge de 19 ans, P... s'aperçoit peu de temps après son arrivée au corps que, sans cause appréciable, la voûte crânienne prend un développement exagéré qui gagne d'abord le pariétal gauche pour envahir ensuite successivement la moitié droite du frontal, une partie du pariétal droit et la portion écailleuse du temporal du même côté. Quoique ne souffrant pas de cette hypertrophie, P... rentre à l'hôpital de Batna au mois de février 1886. A ce moment il constate que la vision de l'œil commence à baisser.

Quelque temps après son hospitalisation, le malade, à qui l'on mettait des vésicatoires sur la tête, est pris d'un érysipèle; guéri il s'aperçoit qu'il n'y voit plus du tout de l'œil droit, et en même temps il remarque que son œil gauche est atteint de myopie, affection existant aujourd'hui.

Envoyé de Batna à Constantine, au mois d'avril, il rentre chez lui en vertu d'un congé de convalescence. Vers la fin de septembre, il part pour Paris, se faire soigner au Val-de-Grâce, où il reste jusqu'au 2 novembre. Enfin, il revient au régiment, et, au mois d'avril 1887, il est réformé avec gratification renouvelable.

Etat actuel. — A son entrée à l'hôpital de Constantine on constate les phénomènes suivants :

La moitié droite de la face est atrophiée ; le sillon labial légèrement déjeté à gauche et en bas, le menton un peu projeté à droite.

A deux centimètres de la ligne médiane et à six centimètres au-dessus du sourcil, on trouve sur le côté droit du front une cicatrice dirigée de bas en haut et de gauche à droite, un peu concave inférieurement, d'une largeur de quatre centimètres et adhérente à l'os ; elle présente un enfoncement de trois millimètres environ et une excavation de trois centimètres d'étendue ; sa largeur, à la partie externe est de quatre millimètres, et d'un millimètre et demi à sa partie interne, c'est-à-dire dans l'enfoncement.

Une deuxième cicatrice, située au niveau du sourcil, est à peine visible et n'offre aucune particularité à signaler.

Le sillon fronto-pariétal droit est un peu élargi, et comme désagrégé ; en dehors de ce sillon, et un peu au-dessus de l'oreille, on sent battre une artère. Sur la ligne médiane de la tête et au niveau de la suture fronto-pariétale on sent comme un vide semblable au bregma chez le fœtus. Sur la partie médiane du pariétal droit, on trouve un sillon assez profond, de deux millimètres de largeur ; ce sillon, dans lequel on sent une artère, part de l'apophyse mastoïde pour aller rejoindre la suture bipariétale.

Du côté gauche, on remarque un sillon partant de la suture fronto-pariétale, se dirigeant dans le sens antéro-postérieur pour arriver à la suture occipito-pariétale supérieure.

Enfin, sur la partie postérieure de l'occipital, on constate un aplatissement du crâne, légèrement dévié à droite sur une étendue de deux centimètres.

Les diverses dimensions de la tête sont :

1° Circonférence de la tête, un peu au-dessus du sourcil : 0 m. 64 ;

2° De la racine du nez à la protubérance occipale externe : 0 m. 42 ;

3° Distance d'une oreille à l'autre : 0 m. 43.

On ne constate pas de perte de mémoire, l'intelligence est conservée. Pas de paralysie.

La vision est compromise, puisque le malade n'y voit plus du tout de l'œil droit, et est assez myope du gauche. L'ouïe du côté droit seulement est légèrement attaquée, puisque le malade ressent des bourdonnements s'il reste couché un certain temps sur cette région. L'organe du goût est intact, la sensibilité normale. Toutes les autres fonctions s'accomplissent régulièrement.

Les urines ne présentent rien de particulier à signaler.

Trépanation. — Confiant en M. Poulet, qui, du reste, l'a présenté en 1886 à la Société de chirurgie, P... est rentré à l'hôpital de Constantine dans le but de subir la trépanation, qui est effectué le 30 juin avec toutes les précautions antiseptiques exigées en pareil cas.

A l'incision de la peau, il s'écoule une grande quantité de sang noir. La couronne d'os enlevé mesure 15 millimètres d'épaisseur ; malgré cette profondeur, le doigt, introduit dans la plaie opératoire, sent l'os encore assez résistant, et le toucher ne permet pas de déterminer la distance à laquelle on se trouve de la cavité crânienne. M. Poulet, ne possédant pas de trépan à point d'appui périphérique, juge prudent de ne pas continuer l'opération.

Pansement antiseptique iodoformé. Tube à drainage. Suture de la peau. Le soir pas d'élévation de température. Nuit bonne.

1er juillet. — Rien de particulier à signaler. Écoulement sanguin de la plaie à peine appréciable. Le malade, s'étant levé l'après-midi, est pris le soir d'un accès de fièvre. T. = 39°2. Malgré cela, nuit excellente.

2. — Renouvellement du pansement. Presque pas de suppuration.

Pansement iodoformé. Pas de fièvre.

4. — Suppuration à peine marquée. On enlève les tubes à drainage.

Pansement iodoformé.

10. — On enlève les points de suture. La plaie est réunie dans toute son étendue.

Pansement iodoformé.

17. — Le malade quitte l'hôpital complètement guéri de l'opération qu'il avait subie.

D'après les renseignements que nous avons recueillis depuis son départ et que nous devons à l'obligeance de M. Descargues, médecin-major au 3me Spahis, à Batna, résidence habituelle de P..., le mieux s'est maintenue, et il n'est survenu rien de particulier dans l'état général de notre sujet.

Observation X

(Communiquée par M. le professeur Poisson et parue dans la *Semaine médicale*, janvier 1890.)

Mlle X... (de Nantes), âgée de 42 ans, vient nous consulter au mois de juillet 1889 pour deux tumeurs situées de chaque côté du nez, qui disparaît entre elles. La tumeur de droite

est plus volumineuse et fait une saillie du volume d'un œuf de poule, celle de gauche est un peu moindre.

Elles sont, l'une et l'autre, à grand diamètre vertical et suivent la direction de la branche montante du maxillaire. Ces deux tumeurs sont absolument dures et font corps avec l'os. On se rend facilement compte qu'on n'a point affaire à une simple exostose, mais seulement à la partie la plus saillante d'une hyperostose diffuse qui s'étend aux deux maxillaires, respectant le bord alvéolaire mais envahissant les sinus et les fosses nasales qui sont complètement oblitérées. La voûte palatine a sa courbure normale et ne paraît pas refoulée. Il n'y a, dès lors, aucune pédiculisation appréciable en un point quelconque des deux tumeurs, entre lesquelles le nez disparaît, elles se continuent avec le reste de l'hyperostose.

La malade nous fait elle-même remarquer que l'os malaire, l'apophyse zygomatique, le frontal même, sont plus développées à droite qu'à gauche, mais cette disproportion indéniable n'est pas trop prononcée.

La différence, selon elle, porterait aussi sur le pariétal et l'occipital ; elle s'en aperçoit à la forme de ses chapeaux, mais nous ne pouvons être aussi affirmatifs qu'elle, et la chose reste douteuse.

La marche de cette hyperostose symétrique diffuse a été la suivante :

A l'âge de 16 ans, sans cause, sans qu'on puisse invoquer un traumatisme ou un refroidissement, Mlle X... constata, un peu au-dessous de l'angle interne de l'œil droit, le long de la branche montante du maxillaire supérieur, une petite tumeur dure qui grossit très lentement sans donner lieu à d'autres phénomènes qu'un peu de douleur. A l'âge de 17 ans, il y avait déjà un peu de gêne de la respiration par

la narine correspondante. Cette oblitération alla en augmentant, et, en même temps, la tumeur extérieure prenait le volume d'une noisette.

Très alarmée, elle alla consulter un de nos maîtres les plus distingués; mais depuis lors, craignant qu'on ne lui proposât une opération, elle ne consulta plus personne. C'est à 30 ans, c'est-à-dire 14 ans après le début à droite, qu'une petite tumeur, dure comme la première, fit son apparition sur la branche montante du maxillaire gauche, dans un point exactement symétrique. A ce moment, l'oblitération de la narine droite était complète et la tumeur extérieure avait à peu près le volume que nous lui voyons maintenant. Tout le reste du maxillaire était également augmenté dans ses dimensions. La seconde tumeur grossit, comme la première, avec une extrême lenteur; elle envahit, quelques années après, la narine correspondante qui est presque entièrement oblitérée aujourd'hui et laisse à grand'peine passer un stylet de trousse.

Nous avons soigneusement recueilli les antécédents de notre malade. Sa mère, bien portante cependant et âgée de 64 ans, avait eu précédemment à elle un autre enfant et une fausse couche. L'enfant avait succombé à trois mois avec des accidents d'athrepsie. Le père, bien portant au moment de la naissance de Mlle X.... a succombé à une affection du cœur à l'âge de 42 ans. Les recherches les plus minitieuses n'ont pu nous révéler la moindre trace de syphilis. Cette famille paraît, du reste, au-dessus du soupçon. La mère s'est remariée et n'a pas eu d'enfant de son second mari.

L'enfant était venue avant terme, à sept mois et demi environ, si petite et si chétive qu'on ne croyait pas qu'elle fût destinée à vivre; elle fut nourrie au sein jusqu'à trois mois, et c'est à partir de cette époque qu'elle fut soumise à

la lactation artificielle; toujours plus petite que les enfants de son âge, malingre, elle n'a commencé à marcher qu'à trois ans; mais il ne paraît pas qu'elle ait eu les jambes incurvées et les épiphyses volumineuses.

Les premières dents furent si tardives, qu'à dix ans Mlle X.... n'avait que deux incisives à chaque mâchoire et une molaire à gauche; elle a parfaitement le souvenir que ce retard de la dentition était l'objet des moqueries de ses camarades de pension: à ces cinq dents se borna sa première dentition qui fit place aux dents actuelles. Elles sont ternes, petites, mal plantées, en nombre normal cependant, mais anormalement distantes les unes des autres, non point en raison de l'hyperostose du bord alvéolaire, — il a ses dimensions normales, — mais à cause d'une atrophie des dents qui a toujours existé.

Mlle X.... a des règles profuses, durant 8 jours, sans qu'on trouve dans l'examen utérin la cause de ces véritables ménorrhagies.

Observation XI

(Communiquée par M. le docteur Brown [de Bancup] et parue dans le *Medical Chronicle*, vol. XI, 1889-90, p. 463.)

W. J. S..., âgé de 29 ans, a été soumis à mon observation pendant 12 ans environ, bien que je ne l'aie jamais soigné. Au mois de novembre dernier, je remarquai une difformité tellement grande que je le priai de me permettre de l'examiner. Voici quels sont les points principaux de mon examen. A l'âge de 9 ans, le maxillaire inférieur était plus large que normalement. Cette tuméfaction crût d'une manière lente et indolore jusqu'à la 13me année. A cette épo-

que, l'hypertrophie des os maxillaire et malaire devint plus marquée. De 16 à 24 ans la marche fut plus rapide, mais elle parut se ralentir dans ces derniers temps.

Le malade a toujours joui d'une bonne santé et a pu continuer sa profession de muletier. Son visage en ce moment est très élargi et par conséquent très difforme. Il n'est pas symétrique, la narine gauche est beaucoup plus large que la droite, tandis que la branche droite du maxillaire inférieur est plus large que la gauche. Dans l'espace de 4 ou 5 ans, ce gonflement a gagné l'orbite, le nez et la bouche. Les cavités orbitaires sont rétrécies, donnant lieu à une exophtalmie des deux sinus. Cependant les mouvements des mâchoires sont normaux, et la mastication et la déglutition s'opèrent sans aucune difficulté. La voix est un peu couverte. La langue n'est pas épaissie. Le goût, la vue et l'ouïe ne sont pas altérés. La peau qui recouvre l'os malaire gauche est très serrée et comme congestionnée. Les cartilages du nez ne sont pas élargis. Le corps de l'os hyoïde est plus gros du côté droit que du gauche. Les os du crâne sont intacts.

La taille du malade est de 5 pieds 7 pouces; il ne pèse que 119 livres. Il a une gonorrhée depuis six ans, mais il ne porte aucune trace de syphilis. Son père et sa mère sont vivants, jouissent d'une bonne santé, et n'offrent aucune manifestation de cancer et de maladie constitutionnelle. Le malade était leur seul enfant.

Observation XII

(Due à M. le professeur Forgue)

C... Sébastien, matelot, âgé de 16 ans, entre au service de M. le professeur Forgue.

Antécédents. — A eu la rougeole dans la première enfance.

A l'âge de 12 ans, on s'est aperçu que l'enfant avait de chaque côté du nez une grosseur qui à gauche avait le volume d'un haricot, et à droite des dimensions un peu plus fortes.

Un médecin consulté à ce moment ordonna des dépuratifs et les grosseurs auraient diminué de volume.

Deux ans après, les tumeurs se sont accrues; le traitement à l'huile de foie de morue n'enraie pas leur marche progressive.

Actuellement le malade ne peut respirer par le nez et a une voix nasillarde.

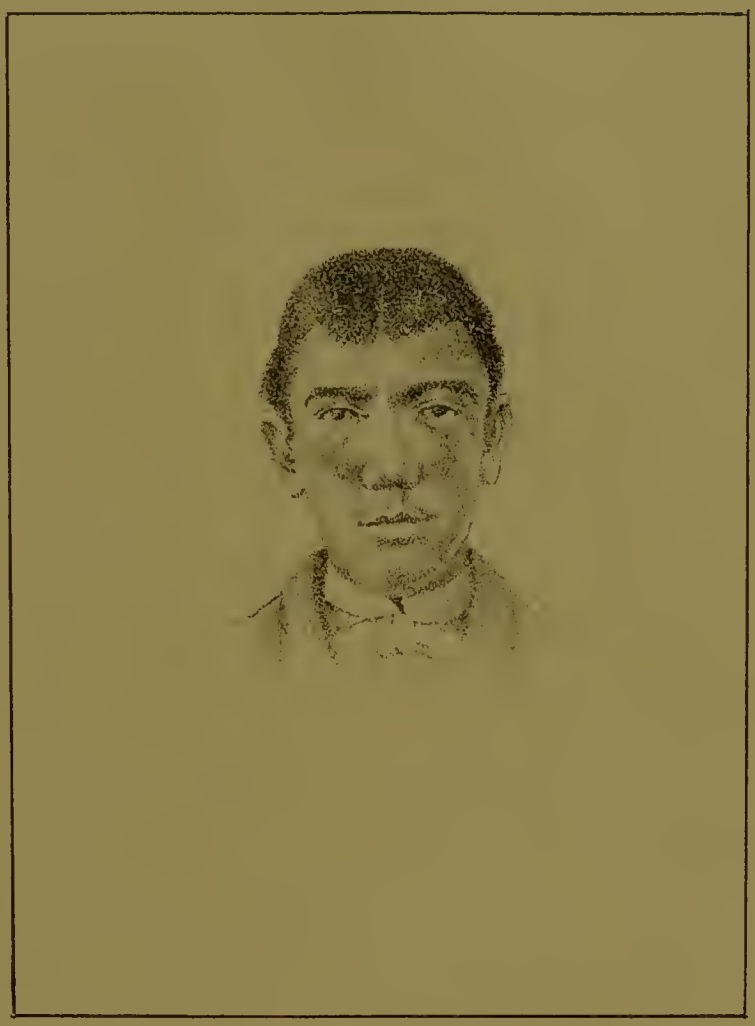
Les deux tumeurs apparaissent de chaque côté comme deux hémisphères larges comme une pièce de cinq centimes.

Le 12 novembre 1903, opération, MM. les professeurs Forgue et Hédon procèdent à l'ablation des deux tumeurs. On se trouve en présence de deux ostéomes à tissu excessivement résistant.

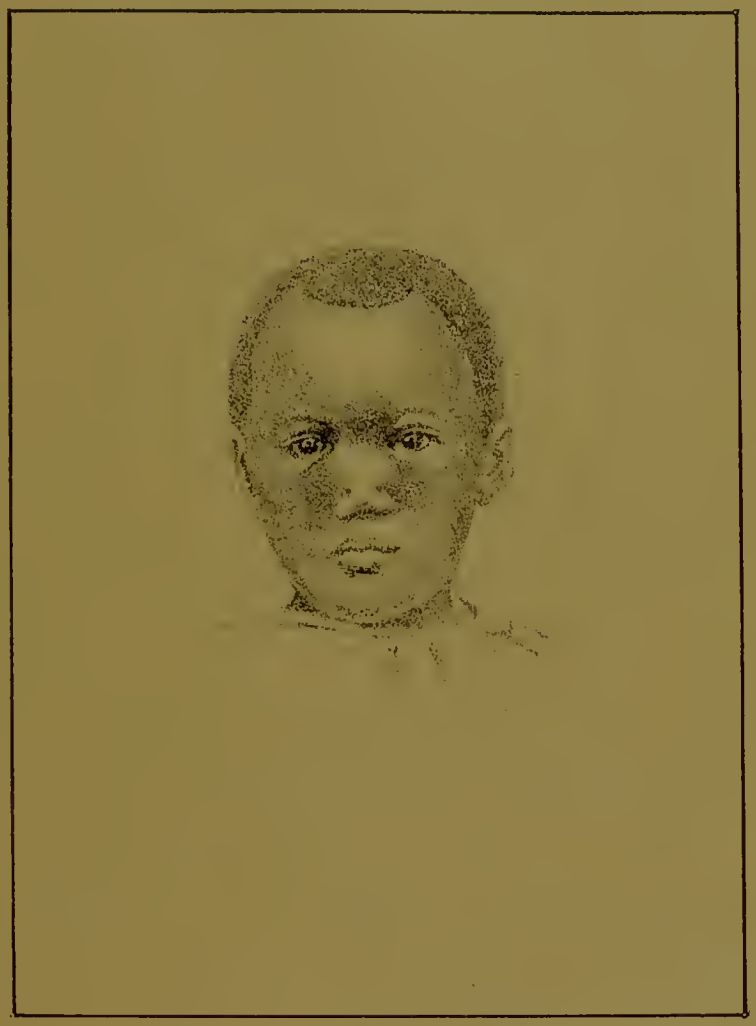
Le malade sort le 7 décembre 1903 complètement guéri. Le nez est déformé et présente une assez forte enselure médiane.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 19 février 1904.
Pour le Doyen,
L'Assesseur délégué,
FORGUE.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 19 février 1904.
Le Recteur,
A. BENOIST.



C... Sébastien, matelot, âgé de 16 ans



Goundou chez un jeune Nègre des Antilles

BIBLIOGRAPHIE

Virchow. — Traité des tumeurs.

Guyon. — Dict. encyclopédique des sc. méd., 2e partie, tome V. art Hypertrophie diffuse des maxillaires.

Le Dentu. — Revue de médecine et de chirurgie, 1879, p. 871.

Poulet. — Bulletin de la Société de chirurgie, 1886, p. 755.

Poisson. — Semaine médicale, 1890.

Laherre. — Thèse Montpellier, 1887.

Baumgarten. — Thèse Paris, 1892.

Millat. — Thèse Paris, 1892.

Manson. — Maladies des pays exotiques, 1903.

Classiques.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçu de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime, si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères, si j'y manque!